

## Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Herr

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED].2019

[REDACTED]  
Zahnärztlicher Befundbericht

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgens unser zahnärztlicher Befundbericht für den oben genannten Patienten, der sich erstmals am [REDACTED] 2. [REDACTED] in unserer Kiefergelenkssprechstunde vorstellte.

### Befund:

Kiefergelenksbeschwerden, Kiefergelenksknacken, schmerzhaftes Mundöffnen

### Diagnose:

starke Myoarthropathie, massive Abweichung von Zentrik, Nonokklusion

### Therapie :

Funktionstherapie mit Eingliederung von verschiedenen funktionstherapeutischen Aufbissbehelfen (herausnehmbar und feststehend)

Bei der Verlaufskontrolle am 10. [REDACTED] klagte der Patient über massive Blockaden der Kiefergelenke.

Er erhielt von uns eine Überweisung an die Radiologie zur Erstellung eines MRT des rechten und linken Kiefergelenkes.

Gern stehen wir Ihnen bei weiteren Fragen jeder Zeit zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

[REDACTED]

Herrn

██████████  
██████████  
██████████

Ihr Ansprechpartner:

Rechnung Nr. ██████████

02.1 ██████████

Für die Behandlung bei Ihnen selbst in der Zeit vom ██████████  
stelle ich folgende Rechnung:

**Gesamtkosten:** EUR 4002,77

Die Kosten teilen sich auf in:

zahnärztliches Honorar	EUR	2814,28
<b>Anlage Honorar</b>		
Fremdlaborkosten	EUR	1141,81
<b>Anlage Fremdlabor</b>		
Materialkosten	EUR	46,68
<b>Anlage Material</b>		
Direkte Erstattungen Krankenkasse	EUR	-86,80
<b>Anlage Erstattungen</b>		
<b>Überweisungsbetrag:</b>	<b>EUR</b>	<b>3915,97</b>

Bitte begleichen Sie den 3915,97 bis zum ██████████

[REDACTED]

[REDACTED]

Herrn  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Telefon: [REDACTED]  
[REDACTED]  
E-Mail: [REDACTED]

## RECHNUNG

Rechnungsnummer: [REDACTED]  
Abschlagnummer: [REDACTED]

Rechnungsdatum: [REDACTED]  
Steuernummer: [REDACTED]

Behandelte Person: [REDACTED]  
Geburtsdatum: [REDACTED]

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung/Auslagen	Bgr.	Faktor	Anz.	EUR
[REDACTED]	47 mod	2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts		2,90	1	104,71
[REDACTED]	36 od	2080	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts	1)	2,90	1	90,68
[REDACTED]		0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen		1,80	1	20,25
[REDACTED]	17-14,24-27, 37-34,44-47	8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation		1,80	1	50,62
[REDACTED]	17-14,24-27, 37-34,44-47	8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat		1,80	1	18,22
[REDACTED]	17-14,24-27, 37-34,44-47	8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)		1,80	1	30,37
[REDACTED]	17-14,24-27.	8080	Diaenostische Maßnahmen an Modellen im		1,80	1	25,31

Rechenzentrum

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung/Auslagen	Bgr.	Faktor	Anz.	EUR
			Behandlungsplanung, je Sitzung				
	17-14,24-27, 37-34,44-47	2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich		2,30	4	33,64
	17-14,24-27, 37-34,44-47	2210	Kunststoffkrone, Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)		1,50	16	2264,96
	17-14,24-27, 37-34,44-47	2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)		1,50	16	175,52
Zwischensumme Honorar							2814,28
Kosten für Auslagen nach §3, §4 GOZ und §10 GOÄ							46,68
Auslagen nach §9 GOZ gemäß Fremdlaborrechnung							1141,81
abzgl. Vorleistung anderer Kostenträger							86,80
<b>Rechnungsbetrag</b>							<b>3915,97</b>

Bitte begleichen Sie den Rechnungsbetrag bis spätestens [REDACTED].

Rechenzentrum

Bgr. Weitere Ausführung soweit in Spalte Begründung (Bgr.) Kennzeichen gesetzt wurde

- 1) Erhöhter Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad bei zahnfleischnaher Ausdehnung der Karies. Dadurch besonders vorsichtiges Exkavieren und modelieren erforderlich

Herrn

██████████

Anlage Material

Seite 4

zu Rechnung Nr

██████████ ██████████

Materialien, die für die Behandlung verbraucht wurden und nach § 4,3 GOZ und § 10,1 GOÄ berechnet werden können:

Datum	Anzahl	Nr.	Material	Einzelpr.	EUR
██████████	2,00	ELA 1	Elastomeres Abformmaterial 1	14,73	29,46
	3,00	Biß	Bißregistrar/Bißabformmaterial	5,74	17,22

# Rechenzentrum

---

Betrag Material EUR

**46,68**

Herrn

Anlage direkte Erstattungen

Seite 5

zu Rechnung

Datum	Zahn	Anzahl	Nr.	Art der Leistung	Bewertung	EUR
	47 mod	1	13c	dreiflächige Füllung, fiktiv (./ Kunststoff)	49,00	-48,33
	36 od	1	13b	zweiflächige Füllung, fiktiv (./Kunststoff)	39,00	-38,47

# Rechenzentrum

---

Betrag direkte Erstattungen EUR

**-86,80**